



Plan de cuidados de enfermería para la atención del paciente geriátrico con abatimiento funcional



AUTORES Y VALIDADORES

Autores:

Lic. Maribel Arriaga Montalbo
Lic. Monica Fajardo Pineda

UMAE. Hospital de Traumatología “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”
UMAE. Hospital de Traumatología “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”

Validadores:

Enf. Andrea Bastida Flores
Lic. Gabriel Guzmán Cruz
Lic. Irma Gloria Bernal
Lic. Ma Elena Romero Alfaro
Mtra. Olga Lozano Rangel
Enf. Guadalupe Estrada Zarazúa
Lic. Elizabeth Corona García.
Lic. Trinidad Jovita Olaya Velázquez
Lic. Francisca Hernandez Flores
Lic. Margarita Salgado Gomez
Lic. Ma Roxana Arontes Jiménez
Lic. Elizabeth Pineda Román
Lic. María de la Luz Pagaza Ramos
Lic. Guillermina Segura Orozco
Lic. Laura Angélica Cruz de los Santos
Enf. Rosa Elena Cabrera Loperena
Lic. Ma. Ángeles Coronel de la Rosa
Enf. Laura Perez Garambullo
Enf. Claudia Sarahyt Solís Hernandez

UMAE Hospital de Traumatología “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”
UMAE Hospital de Ortopedia “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”
UMAE Hospital General Centro Medico La Raza
UMAE Hospital de Gineco- Obstetricia No. 4
UMAE Hospital de Cardiología CMN Siglo XXI
UMAE Hospital de Especialidades CM La Raza
UMAE Hospital de Traumatología y Ortopedia Lomas Verdes
UMAE Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI
UMAE Hospital de Oncología CMN Siglo XXI
UMAE Hospital de Especialidades CM Siglo XXI
UMAE Hospital de Especialidades CM Siglo XXI
UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3
UMAE Hospital de Gineco- Obstetricia No. 4
UMAE Hospital de Gineco- Obstetricia No. 4
Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor Tovar Acosta”
Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte
Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Centro
Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Centro
Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Centro



| NIVEL: | ESPECIALIDAD: | PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE GERIÁTRICO CON ABATIMIENTO FUNCIONAL | | | |
|---|---------------|---|---|---|---|
| TERCER | GERIATRÍA | DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA | | RESULTADOS ESPERADOS | |
| PATRON: 4 ACTIVIDAD EJERCICIO Déficit de auto cuidado baño R/C deterioro cognitivo, deterioro musculo esquelético, deterioro neuromuscular, deterioro de la percepción, dolor y debilidad M/P incapacidad para acceder al cuarto de baño, incapacidad para secarse el cuerpo, incapacidad para lavarse el cuerpo. | | RESULTADO Auto cuidados: actividades de la vida diaria | INDICADORES <ul style="list-style-type: none"> Se baña Higiene Higiene bucal. | ESCALA DE MEDICION 1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido | PUNTUACION DIANA Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido post intervención de enfermería, registrado en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos |
| INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | | | | | |
| INTERVENCION : Ayuda con los autocuidados baño/higiene Actividades: <ul style="list-style-type: none"> Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidados. Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesaria aplicando una evaluación estandarizada (índice de Barthel o escala de Lawton-Brody) Facilitar que el paciente se cepille los dientes, si es el caso. Facilitar que el paciente se bañe él mismo, si procede Comprobar la limpieza de las uñas, según la capacidad de autocuidados del paciente. Fomentar la participación de los familiares, si es el caso. | | | INTERVENCION : Baño Actividades: <ul style="list-style-type: none"> Realizar el baño con agua a una temperatura agradable. Afeitarse al paciente si está indicado Aplicar ungüentos hidratantes en las zonas de piel seca Ofrecer lavado de manos después de ir al baño o antes de las comidas Inspeccionar el estado de la piel durante el baño Controlar la capacidad funcional durante el baño | | |



INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

INTERVENCION: Manejo de la demencia: Baño

Actividades:

- Personalizar la limpieza de acuerdo con las preferencias habituales de higiene.
- Utilizar un acercamiento flexible permitiendo elecciones y control sobre el momento del día y el tipo de limpieza (baño de regadera o esponja).
- Asegurar la intimidad y la seguridad mientras se desviste y se limpia.
- Dar un motivo para el baño
- Asegurarse de que el agua este a la temperatura adecuada.
- Después del baño masajear la piel con una loción hidratante.
- Ver al paciente como una persona global centrándose en ella más que en la tarea.
- Utilizar un tono de voz suave y tranquilizante
- Tocar al paciente con suavidad
- Animar al paciente a colaborar en el baño en función de sus capacidades.
- Dar la posibilidad de realizar un baño con esponja, en caso de que los otros métodos produzcan agitación
- Sacar la dentadura postiza o dar algo de comer al paciente para evitar que muerda durante el baño.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

| NIVEL: | ESPECIALIDAD: | PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE GERIATRICO CON ABATIMIENTO FUNCIONAL | | |
|--|--|---|---|---|
| TERCER | GERIATRÍA | DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA | | RESULTADOS ESPERADOS |
| PATRON: 4 ACTIVIDAD EJERCICIO Déficit de auto cuidado: alimentación R/C deterioro cognitivo, deterioro musculo esquelético, fatiga, deterioro de la percepción, deterioro neuromuscular, dolor y debilidad M/P incapacidad por llevar los alimentos desde un recipiente a la boca, incapacidad para ingerir los alimentos de forma segura, incapacidad para ingerir alimentos suficientes. | RESULTADO: Auto cuidados: actividades de la vida diaria RESULTADO: Auto cuidados: comer RESULTADO: Prevención de la aspiración | <ul style="list-style-type: none"> Toma la comida con utensilios Coloca la comida en la boca Deglute una comida Finaliza la comida <ul style="list-style-type: none"> Se incorpora para comer o beber Se queda en posición erguida 30 min posterior a la comida | ESCALA DE MEDICION 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido 1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado | PUNTUACION DIANA Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido post intervención de enfermería, registrado en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos |
| INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | | | | |
| CAMPO: (1) Fisiológico Básico CLASE: (F) Facilitación de los autocuidados | | CAMPO: (4) Seguridad CLASE: (V) Control de riesgos | | |
| INTERVENCION :Ayuda con los autocuidados: Alimentación | | INTERVENCION : Precauciones para evitar la aspiración | | |
| Actividades: <ul style="list-style-type: none"> Identificar dieta prescrita Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesaria aplicando una evaluación estandarizada (Índice de Barthel o escala de Lawton-Brody) Asegurar la posición adecuada del paciente para facilitar la masticación y la deglución. Proporcionar ayuda física, si es necesario. Proporcionar higiene bucal antes de las comidas Arreglar la comida en la bandeja, si es necesario, como cortar la carne o pelar algún alimento. Abrir los alimentos empaquetados evitar colocar la comida en el lado ciego de una persona Suministrar alimentos a la temperatura más apetitosa. | | Actividades: <ul style="list-style-type: none"> Vigilar el nivel de conciencia y capacidad deglutiva Colocación vertical a 90° o lo más incorporado posible Ofrecer alimentos en pequeñas cantidades. Ofrecer alimentos y líquidos que puedan formar un bolo antes de la deglución. Trocear los alimentos en porciones pequeñas Mantener la cabecera elevada durante 30 a 45 min. después de la alimentación. | | |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

| NIVEL: | ESPECIALIDAD: | PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA EL PACIENTE GERIÁTRICO CON ABATIMIENTO FUNCIONAL | | | |
|---|---------------|--|---|--|--|
| TERCER | GERIATRÍA | RESULTADOS ESPERADOS | | | |
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA | | RESULTADO | INDICADORES | ESCALA DE MEDICION | PUNTUACION DIANA |
| PATRON: 4 ACTIVIDAD EJERCICIO Déficit de autocuidado: uso del inodoro R/C deterioro cognitivo, fatiga, deterioro de la movilidad, deterioro de la habilidad para la traslación, deterioro musculo esquelético, deterioro neuromuscular, dolor, deterioro de la percepción y debilidad M/P incapacidad para realizar la higiene adecuada tras la evacuación, incapacidad para llegar hasta el inodoro o el orinal. | | RESULTADO: Auto cuidados: actividades de la vida diaria RESULTADO: Autocuidados: uso de inodoro | <ul style="list-style-type: none"> Uso del inodoro Reconoce y responde a la repleción vesical Reconoce y responde a la urgencia para defecar Se limpia después de orinar o defecar | 1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4.Levemente comprometido 5.No comprometido (Se aplica la escala anterior) | Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido post intervención de enfermería, registrado en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos |
| INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | | | | | |
| INTERVENCION : Ayuda con los autocuidados: Aseo Actividades: <ul style="list-style-type: none"> Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesaria aplicando una evaluación estandarizada (Índice de Barthel o escala de Lawton-Brody) Quitar la ropa esencial para permitir la eliminación Ayudar al paciente con el cómodo u orinal a intervalos específicos Considerar la respuesta del paciente a la falta de intimidad Disponer intimidad durante la eliminación Facilitar el aseo después de terminar con la eliminación Cambiar la ropa después de la eliminación Controlar la integridad cutánea del paciente. | | | INTERVENCION : Cuidados perineales Actividades: <ul style="list-style-type: none"> Ayudar con la higiene Mantener el perineo seco Limpiar el perineo exhaustivamente a intervalos regulares Mantener al paciente en posición cómoda | | |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

| NIVEL: TERCER | ESPECIALIDAD: GERIATRÍA | PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA GERIÁTRICO CON ABATIMIENTO FUNCIONAL | | | |
|---|---|---|---|---|--|
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA | | RESULTADOS ESPERADOS | | | |
| PATRON: 4 ACTIVIDAD EJERCICIO Déficit de autocuidado: vestido R/C deterioro cognitivo, fatiga, deterioro musculo esquelético, deterioro neuromuscular, dolor, deterioro de la percepción y debilidad M/P incapacidad para ponerse la ropa, incapacidad para quitarse la ropa, deterioro de la capacidad para ponerse las prendas de vestir necesarias, deterioro de la capacidad para quitarse las prendas de vestir necesarias. | RESULTADO: Auto cuidados: actividades de la vida diaria RESULTADO: Autocuidado: vestir | INDICADORES <ul style="list-style-type: none"> Se viste Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo Se pone la ropa en la parte inferior del cuerpo Se quita la ropa | ESCALA DE MEDICION 1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4.Levemente comprometido 5.No comprometido (Se aplica la escala anterior) | PUNTUACION DIANA Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido post intervención de enfermería, registrado en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos | |
| INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | | | | | |
| INTERVENCION : Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal | | | | | |
| Actividades: <ul style="list-style-type: none"> Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesaria aplicando una evaluación estandarizada (Índice de Barthel o escala de Lawton-Brody) Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidados Disponer las prendas del paciente en una zona accesible Estar disponible para ayudar en el vestir, si es necesario. Facilitar el peinado del cabello del paciente, si es el caso. Mantener intimidad mientras el paciente se viste. | | | | | |



FECHA DE ELABORACIÓN: Diciembre 2012

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Octubre 2013

BIBLIOGRAFÍA

1. Ackley B, Ladwig G. Manual de diagnósticos de enfermería. Ed. Elsevier. Madrid España, 2007
2. Bulechek G, Butcher H, McCloskey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Ed. Elsevier Mosby. España, 2009
3. Castro L, Flores H. Enfermería Geriátrica. Protocolos del cuidado al anciano. Ed. Fármacos Especializados. 2006
4. Doenges M, Moorhouse M, Murr A. Planes de Cuidados de Enfermería. Ed. Mc Graw-Hill. México, 2008.
5. Johnson m, Bulechek G, Butcher H, Mc Closkey J, Maas m, Moorhead S, Swanson E.
6. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Ed. Elsevier Mosby. España 2007.
7. Moorhead S, Johnson, Maas M, Swanson. Clasificación de Resultados de Enfermería. Ed Elsevier-Mosby. España 2009.
8. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2012-2014. Ed. Elsevier, España 2013.